

## SEMANA DO MÉDICO CONCENTRARÁ AÇÕES PELA VALORIZAÇÃO DA CLASSE E PELO RESPEITO AOS PACIENTES

A Comissão Nacional de Saúde Suplementar (COMSU) voltou a avaliar, em reunião ampliada realizada em agosto, o cenário e traçar as próximas estratégias do movimento médico. Desde o Dia Nacional de Alerta aos Planos de Saúde, realizado em 25 de abril, diversas lideranças destacaram avanços nas negociações em alguns estados, especialmente nos valores pagos por consultas.

No Rio de Janeiro, por exemplo, os médicos alcançaram R\$ 70 no valor da consulta dos planos que foram alvo de suspensão por guias durante 15 dias: Bradesco Saúde, Porto Seguro e Geap. O mesmo ocorreu na Paraíba, que conseguiu fechar também em R\$ 70 a consulta com o Grupo Unidas.

O movimento avaliou, no entanto, que é preciso fortalecer as negociações em todo o país e apontou para a necessidade de uma nova ação nacional para dar publicidade ao descontentamento dos médicos e ao desrespeito antiético das empresas com relação aos direitos dos pacientes e a valorização dos profissionais.

Para isso, após as negociações, as lideranças recomendam que as ações nos estados sejam concentradas e integradas ao cronograma de atividades programadas pelas entidades médicas para a semana em



que é celebrado o Dia do Médico (18 de outubro), sendo o dia 17 a referência para as denúncias do setor da Saúde Suplementar.

Em São Paulo, a Associação Paulista de Medicina (APM) se prepara para apresentar durante a Semana do Médico os resultados da nova pesquisa encomendada ao Datafolha, que desenhará um panorama sobre a avaliação dos pacientes quanto ao atendimento dos planos de saúde no estado.

Já o Conselho Federal de Medicina (CFM) elabora uma campanha nacional para o Dia do Médico, que defenderá a ética e a qualidade da assistência à

saúde pública e privada.

As equipes de comunicação das entidades médicas nacionais também irão propor uma estratégia de divulgação das ações de outubro junto à imprensa e à sociedade, elaborando para as redes sociais uma campanha específica de apoio às atividades da Semana.

Assim, a Semana do Médico deste ano será um ponto de reencontro entre médicos e sociedade, no confronto à má assistência prestada pelos planos de saúde, que cada vez mais têm recebido críticas dos órgãos de defesa do consumidor e da própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (*leia mais na página 4*).

O MOVIMENTO MÉDICO DEVE SER FORTALECIDO E AMPLIADO.  
CONTAMOS COM AS LIDERANÇAS DE TODO O PAÍS PARA SE ENGAJAREM NESSA  
LUTA PELA VALORIZAÇÃO DO MÉDICO E PELO RESPEITO AOS PACIENTES.

# RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS E OPERADORAS DE SAÚDE É DA COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA TRABALHISTA, DECIDE TST

Pela primeira vez, o Tribunal Superior do Trabalho (TST) decidiu que a relação de prestação de serviços entre o médico e as operadoras de planos de saúde deve ser julgada pela Justiça do Trabalho. A decisão, proferida no final de agosto, foi exarada em favor de uma ação civil pública ajuizada pelo Sindicato dos Médicos no Estado do Paraná (Simepar) contra várias operadoras de planos de saúde em favor de profissionais paranaenses, mas tem repercussão nacional, pois servirá de referência para ações semelhantes.

Na petição inicial, o Sindicato reivindicava o reajuste periódico dos honorários médicos pelas operadoras. Tanto a 12ª Vara do Trabalho de Curitiba, quanto o Tribunal Regional do Trabalho da 9ª Região declararam incompetência para apreciar o pedido. O argumento era de que essa questão estava na alçada da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A decisão foi então submetida ao TST. O relator da ação no Tribunal, ministro Aloysio Corrêa da Veiga, entendeu que está presente uma relação de

trabalho entre os médicos e as operadoras, sendo da competência da justiça trabalhista processar e julgar a questão.

De acordo com a decisão, as operadoras de planos de saúde são, de fato, tomadoras de serviços, considerando que a prestação de sua atividade-fim ocorre por contratação de profissionais liberais ou clínicas credenciadas para executar serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica para clientes que aderem ao plano. Com isso, o processo retornou à Vara do Trabalho de origem, que prosseguirá no julgamento do pedido de recomposição inflacionária dos honorários e demais procedimentos médicos de profissionais vinculados a empresas gestoras de planos. Toda a categoria será beneficiada com



a decisão, pois, como a Justiça do Trabalho está mais familiarizada com conflitos entre o capital e o trabalho, terá mais sensibilidade para julgar as ações referentes ao reajuste dos honorários médicos.

A decisão também fortalece conquistas que já vinham sendo alcançadas pelas entidades médicas nos estados. A partir de agora, as assessorias jurídicas das entidades nacionais avaliarão as os desdobramentos da sentença e novas ações para assegurar os direitos dos médicos.

## RESOLUÇÃO DO CRM-PR PREVÊ SUSPENSÃO DE REGISTROS DE OPERADORAS QUE DESCUMPRIREM NORMAS DA ANS

As operadoras de planos e seguros de saúde que operam no Paraná deverão revisar os contratos estabelecidos com os médicos para seguir as normativas da ANS. A obrigatoriedade entrou em vigor em 4 de setembro, data da publicação da Resolução 191/2013, editada pelo Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Os planos têm um prazo de 60 dias para regularizar os contratos. Em caso de descumprimento, poderão ter seus registros suspensos no Conselho Regional, sendo impedidas de atuar no Estado. A iniciativa, que é inédita e traz

modelo para contratualizar, foi apresentada pelo representante do CRM-PR na reunião ampliada da COMSU.

A ANS exarou em 2004 a Resolução Normativa nº 71, que estabelece os requisitos dos instrumentos jurídicos a serem firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde ou seguradoras especializadas em saúde e profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios. Essa Resolução, acrescentada da Instrução Normativa nº 49/2012, define a base contratual

mínima da classe médica com as operadoras, incluindo mecanismos de atualização financeira.

Em caso de descumprimento, o profissional deve enviar o contrato ao Conselho para providências cabíveis.

Os médicos, através da COMSU, entregaram em abril de 2012 à Agência Nacional de Saúde Suplementar uma nova proposta de contratualização. Essa questão entrou na Agenda Regulatória 2013/2014 da ANS, que somente agora está convocando uma Câmara Técnica.

## COMSU DISCUTE NOVO MODELO DE REMUNERAÇÃO DE HOSPITAIS

Durante a reunião ampliada da COMSU, as lideranças também discutiram o acordo firmado entre ANS, representantes dos hospitais e dos planos de saúde para adotar novos modelos de remuneração dos atendimentos feitos aos clientes dos planos de saúde. As lideranças recomendam que as entidades médicas estaduais passem a se preocupar com o tema, mapeando a dimensão e a melhor estratégia para as negociações dos honorários médicos em separado, que estão quase sempre incluídos nos pacotes propostos pela Agência.

Em São Paulo, por exemplo, hospitais de primeira linha como o Albert Einstein e o Samaritano mantém associações de médicos que intermediam a negociação dos honorários. Já em Pernambuco, a negociação da remuneração nos hospitais é feita diretamente com os planos de saúde, por meio da Comissão Estadual de Honorários Médicos.

**Entenda o projeto piloto:** No atual modelo de remuneração dos hospitais, denominado “conta aberta por unidade de serviço”, cada item utilizado na internação do paciente

é detalhado na conta, após um processo de faturamento em que profissionais de saúde contratados pelo hospital analisam a internação. Nesse modelo, os planos de saúde também têm equipes contratadas para rever as contas e discutir valores e quantidades cobrados.

No novo modelo proposto, itens frequentes em uma internação, por exemplo, passam a ser cobrados de forma agrupada. Para isso, os hospitais terão de reformular os protocolos e diretrizes para realização de cada tipo de procedimento.

### NOVO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS AINDA NÃO CONTEMPLA CBHPM

*A Consulta Pública nº 53 da ANS, sobre o novo rol de procedimentos mínimos que devem ser cobertos pelos planos de saúde, recebeu cerca de 80 novas sugestões e incorporações, entre medicamentos, terapias e exames.*

*Apesar de sofrer revisões a cada dois anos, o rol de procedimentos mínimos obrigatórios ainda não contempla todos os itens necessários para um atendimento de qualidade à população, segundo a opinião unânime de representantes das mais diversas entidades médicas.*

### AMB DELIBERA SOBRE NOVA HIERARQUIZAÇÃO

Durante reunião convocada pela Diretoria de Defesa Profissional na AMB, realizada em julho, as sociedades de especialidades discutiram a proposta de hierarquização de procedimentos médicos da ANS. A reunião contou com uma exposição do professor Marcelo Pedroso, que coordena o grupo de análises econômicas da Fundação Instituto de Administração da Universidade de São Paulo, contratado pela AMB para o trabalho de reordenação da CBHPM.

Ele realizou análises do modelo da resolução apresentada pela ANS, que prevê o desdobramento de cada porte médico em três subportes, assim como a alternativa de manutenção do porte médico e criação de um novo porte

operacional nos procedimentos que incorporem UCOS.

Em votação, a proposta da ANS foi rejeitada pelo Conselho da AMB. Entre os principais argumentos destacados pelos representantes das sociedades estão a perda do controle da classificação por parte da Associação Médica, a possibilidade de cada operadora praticar valores distintos e inferiores ao mínimo preconizado pela CBHPM, assim como a participação da AMB acontecer em um conselho consultivo e não deliberativo.

Ficaram aprovadas também a proposta da AMB e a manutenção das negociações com a ANS.

*Fonte: site da AMB*

### NOTA DAS ENTIDADES MÉDICAS PEDE SAÍDA DE ELANO FIGUEIREDO DA DIRETORIA DA ANS

*“As entidades médicas nacionais vêm a público solicitar a anulação da sabatina no Senado Federal e da consequente nomeação pelo Governo Federal do Sr. Elano Rodrigues Figueiredo ao cargo de diretor da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).*

*Conforme amplamente divulgado pela mídia, o diretor nomeado da ANS omitiu sua atividade de prestador de serviços e funcionário de plano*

*de saúde, o que configura grave conflito de interesse para o exercício da função na ANS.*

*Na condição de diretor jurídico de operadora de plano de saúde, além de mover ações contrárias aos direitos dos pacientes e a favor de exclusões de coberturas de atendimento, foi autor de denúncias contra entidades médicas, levadas à Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça, no sentido*

*de cercear o direito de mobilização dos profissionais de medicina por honorários dignos.*

*Neste sentido, solicitamos à Exma. Ministra Chefe da Casa Civil, Gleisi Hoffmann; ao Ilmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética Pública da Presidência da República, Américo Lacombe; e ao Exmo. Presidente da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, Senador Waldemir Moka, a anulação da sabatina no Senado e o afastamento imediato do Sr. Elano Rodrigues Figueiredo do cargo de diretor da ANS”.*

# PLANOS DE SAÚDE TÊM VENDAS SUSPENSAS

O aumento do emprego e da renda permite que, a cada ano, mais brasileiros passem a ter planos de saúde, alcançando uma carteira de 50 milhões de pessoas. Com o acesso ao convênio médico, criou-se um verdadeiro gargalo na assistência dos planos de saúde. Reportagem exibida recentemente em rede nacional mostra, no entanto, que o tempo de espera para agendar uma simples prova de esforço (teste ergométrico) é de quase três meses.

As empresas tentam justificar a demora de atendimento e a falta de infraestrutura com o crescimento acelerado do número de beneficiários. Alegam ter sido “pegos de surpresa” e que o mercado precisa de mais tempo para se adaptar à demanda. Isto é uma falácia! Por um lado, as empresas não estão aumentando o credenciamento, visando a contenção de custos. Por outro, os baixos valores de remuneração pagos pelos planos estão levando os próprios prestadores ao descenciamento.

Para tentar controlar esse mercado, a partir de dezembro 2011 a ANS passou a monitorar e punir as operadoras, suspendendo aquelas que descumprirem prazos para consultas, exames e cirurgias ou negam cobertura. Em agosto deste ano, no entanto, após suspender a venda de 212 planos e de 21 operadoras de saúde, dentre elas algumas “gigantes do setor” (confira o quadro ao lado) a ANS foi obrigada a revisar as suspensões. Isto porque no dia 3 de setembro, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) conseguiu na Justiça o direito de manter a venda de 142 planos de saúde de suas empresas filiadas.

A ANS decidiu não aplicar a suspensão a nenhum plano de saúde, enquanto estuda mecanismos judiciais para manter o monitoramento e seus resultados. De acordo com a reguladora, não faz sentido proibir a venda de

Lista de produtos suspensos no 6º período*		
Operadora	Qtde produtos suspensos*	Beneficiários
AMICO Saúde LTDA	31	665.685
AMIL Assistência internacional S.A.	91	2.196.665
Associação de Beneficência e Filantropia São Cristovão	5	36.533
BENEPLAN Plano de Saúde LTDA	6	22.552
Centro Trasmontano de São Paulo	2	10.569
ECOLE Serviços Médicos LTDA	2	51.237
Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda	7	67.079
Fundação Saúde ITAÚ	8	169.274
G & M Assessoria Médica Empresarial LTDA – EPP	1	661
GEAP Fundação de Seguridade Social	5	538.091
PREVENT Senior Private Operadora de Saúde LTDA	2	155.938
PROMÉDICA – Proteção Médica à Empresas S.A.	6	32.031
PRONTOMED Assistência Médica LTDA.	2	2.432
Sindicato dos Assalariados Ativos, Aposentados e Pensionistas nas Empresas Geradoras, ou Transmissoras, ou Distribuidoras, ou afins de Energ	4	12.118
SMS – ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	2	25.351
Sociedade Portuguesa de Beneficência	3	15.150
SOMEL – Sociedade para Medicina Leste LTDA	4	57.011
SOSAÚDE Assistência Médico Hospitalar LTDA	6	33.085
SUL AMERICA Companhia De Seguro Saúde	13	501.456
UNIMED Sergipe – Cooperativa De Trabalho Médico	5	55.672
VIVA Planos De Saúde LTDA	7	31.278

\*Em cumprimento a decisão judicial, a ANS está deixando de aplicar neste momento a suspensão da comercialização de planos de saúde.

um ou outro plano, pois trata-se de um processo inteiro e que deve ser aplicado a todas as empresas. Assim, não foram suspensos nem os produtos de empresas ligadas à Abramge, nem os de operadoras associadas à Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde), cuja suspensão havia sido garantida por decisão do Tribunal Regional Federal da 2ª Região (RJ e ES).

O gerente técnico do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), Carlos Thadeu, criticou o recuo da ANS. “Uma liminar não é

uma decisão final e quando suspende uma parte de um processo isso não significa que todo o processo é inválido. É um recuo total de uma decisão parcial e provisória”, criticou. Para ele, a medida da ANS não contribui para a credibilidade da própria agência nem para a defesa do consumidor.

As entidades médicas lamentam que a suspensão tenha caído e esperam que medidas mais eficazes sejam tomadas para garantir o equilíbrio desse chamado “mercado” da saúde suplementar.

**538%**

É O ÍNDICE DE REAJUSTE APLICADO POR ALGUNS PLANOS COLETIVOS ENTRE 2005 E 2013

**171%**

É O ÍNDICE DE REAJUSTE ACUMULADO PELOS PLANOS INDIVIDUAIS ENTRE 2000 E 2012

**127%**

É O ÍNDICE DE INFLAÇÃO, MEDIDO PELO IPCA, ACUMULADO ENTRE 2000 E 2012

**65%**

É O PERCENTUAL DE CRESCIMENTO DO HONORÁRIO MÉDICO ENTRE 2003 E 2011

## COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (COMSU)

**Coordenador:** Aloísio Tibiriçá Miranda. **Membros:** Alvaro Norberto Valentim da Silva, Celso Murad, Emílio Zilli, Florisval Meinão, Isaías Levy, João Ladislau Rosa, Márcia Rosa de Araújo, Márcio Costa Bichara, Paulo Ernesto e Waldir Cardoso.

Conselho Federal de Medicina - Tel: (61) 3445-5900 Fax: (61) 3246-0231 e-mail [comissoes@portalmédico.org.br](mailto:comissoes@portalmédico.org.br)